№ 3 WARSZAWA, MARZEC 1931 ROK III.

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Prenumerata roczna Zł. 10.— Numer pojedyńczy Zł. 1.50

OKŁADY RADOWE „RADIUMCHEMA" są to jedyne, autoryzowane przez państwowe zakłady w Jachimowie (St.Joachimsthal), preparaty promieniotwórcze stosowane jako **suche** okłady.

OKŁADY RADOWE „RADIUMCHEMA" zawierają element radu, posiadają stałą aktywność równomiernie rozmieszczoną na całej powierzchni okładu i gwarantują równomierne działanie.

OKŁADY RADOWE „RADIUMCHEMA" aktywują tkankę, przyśpieszają w niej przemianę materji, wzmagają przepływ krwi i dopływ limfy, działają kojąco na zakończenia nerwowe, przeciwdziałają procesom zapalnym.

OKŁADY RADOWE „RADIUMCHEMA" podlegają stałej kontroli właściwych państwowych instytutów radiologicznych. **Każdy sam może sprawdzić zawartość radu w okładach radowych.** Wystarczy umieścić drobne metalowe przedmioty pomiędzy okładem radowym i kliszą fotograficzną, owiniętą w czarny nieprzezroczysty papier. Po 12 godzinach powstają na kliszy sylwetki przedmiotów metalowych, tak jak to widać na umieszczonym obok rysunku.

Ceny okładów wynoszą zależnie od zawartości radu:

Zł. 100.—	za okład typu	A	z zawart.	radu	0,0315	mg.
„ 175.—	„ „ „	B	„	„	0,063	„
„ 260.—	„ „ „	C	„	„	0,100	„



Okłady radowe „RADIUMCHEMA" stosuje każdy lekarz.
Bezpłatnych informacyj i obszerną literaturę wysyła bezpłatnie

„Radiumchema"

Jener. Przed. na Polskę i w. m. Gdańsk
w Warszawie ul. Śniadeckich 22
Telefon 8.83-11.

№ 3. WARSZAWA, MARZEC 1931 ROK III

THERAPIA NOVA

MIESIĘCZNIK NAUKOWY POŚWIĘCONY LECZNICTWU

Dr. STEFAN KRAMSZTYK (Warszawa).

W SPRAWIE t. zw. KOLKI PĘPKOWEJ.

W r. 1913 pedjatra niemiecki, Moro opisał t. zw. recydywującą kolkę pępkową u dzieci starszych. Pod nazwą tą rozumiał Moro bóle brzucha, umiejscawiające się przeważnie w okolicy pępka, a występujące u dzieci powyżej 4-go roku życia. Dzieci bledną nagle podczas zabawy, skarżą się na silne bóle, które umiejscawiają się albo w pobliżu pępka, albo między tym ostatnim, a wyrostkiem mieczykowatym. Napady takie mogą trwać po kilka minut do paru godzin, rozmaicie nawet u jednego i tego samego dziecka. Prawie zawsze bywa zaparcie stolca, rzadko wymioty. Napady powtarzają się mniej lub więcej często, niejednokrotnie daje się wykazać wyraźna okresowość, również i co do występowania wymiotów Gorączka nie występuje, ale często można stwierdzić podwyższoną ciepłotę *in recto.*

Objawy te oczywiście muszą, zdaniem Moro, nasuwać przypuszczenie zapalenia wyrostka, zwłaszcza, że często są umiejscowione z prawej strony pępka. Że zaś u znacznej części tych dzieci znajdują się niezwykle głębokie rozstępy mięśnia prostego, więc i tą okolicznością niektórzy objaśniają powstawanie bólów. Jednocześnie Moro dowodził, że kolka pępkowa powinna być uważana jako jeden z przejawów ogólnej neuropatji tych dzieci, które wogóle wykazują szereg objawów nadmiernej pobudliwości układu nerwowego. Obok bólów pępkowych u pacjentów tych występują zwykle albo wymioty okresowe, albo też takie objawy chorobowe, jak migrena, dychawica, moczenie się i t. d. Moro u tego rodzaju pacjentów stosował z powodzeniem leczenie sugestywne w różnej postaci.

Sprawa opisanej przez Moro kolki pępkowej była w ciągu ubiegłych lat kilkunastu niejednokrotnie przedmiotem sporów w odnośnem piśmiennictwie. Wchodząc w zakres całego zagadnienia t. zw. przewlekłego zapalenia wyrostka, kwestja kolki pępkowej dzieliła poniekąd jego losy. Ale gdyby, jak mówi Schnitzer, wiadomości nasze o istocie danego cierpienia pozostawały w prostym stosunku do ilości opublikowanych o tem ostatniem prac, to zagadnienie przewlekłego zapalenia wyrostka należałoby do przedmiotów najgruntowniej zbadanych w medycynie. Tymczasem — ciągnie dalej wspomniany autor — ilość piśmiennictwa poświęconego tej kwestji, stoi w odwrotnym stosunku do jego jakości. Tem też należy objaśnić fakt, że aż do ostatnich czasów pojawiają się prace, przynoszące nowe na tę sprawę poglądy, i wciąż jeszcze lekarz stoi tu przed szeregiem trudności rozpoznawczych i natrafia na wręcz przeciwne zdania i decyzje. Idzie tu nietylko o odpowiedź na pytanie, czy są wskazania do natychmiastowego zabiegu operacyjnego, ale bardzo często trudno jest wogólności powiedzieć, czy mamy istotnie do czynienia z zapaleniem wyrostka.

Wiadomo, że ,jak wykazują dane statystyczne, na jeden przypadek zapalenia wyrostka u dorosłych przypada siedem przypadków tego cierpienia u dzieci, to też dla pedjatrji, sprawa ścisłego i wczesnego rozpoznania zapalenia wyrostka jest jednem z najważniejszych, a przytem niezmiernie częstych zagadnień. Właśnie w pedjatrji spotkać się można z najbardziej sprzecznemi poglądami na omawianą sprawę, choć niebezpieczeństwo połączone z zapaleniem wyrostka robaczkowego i ewentualność jego natychmiastowego usunięcia stała się faktem znanym i spopularyzowanym już w najszerszych kołach laików.

Jednakże ostatnich parę lat, dzięki coraz to liczniejszym obserwacjom, połączonym z bardzo drobiazgowemi badaniami usuniętych wyrostków, umożliwiły zarówno dokładniejsze sprecyzowanie danych djagnostycznych, jak i wyjaśnienie stopniowego rozwoju choroby.

Samo pojęcie kolki, jak je wprowadził Moro w postaci pewnej określonej postaci chorobowej, nie było dawniej ściśle sprecyzowane. Podniósł to w r. 1925 Pal, który daremnie szukał w piśmiennictwie odpowiedniego określenia wyrazu „kolka". Kolka jest zdaniem tego autora czemś szczególnem, swoistem, a przecież określa się ją tylko jako silny ból lub jako ruchomy kurcz. Kolka, według Pala, jest to występujący napadowo hyperkinetyczny (w odróżnieniu od hypertonicznego) kurcz organu próżnego, który chce uwolnić się od swej zawartości. Nie każdy zatem ból w brzuchu jest kurczem i nie każdy może być nazwany kurczem; fałszywa definicja bólu prowadzić może do mylnego rozpoznania. Obok hyperkinetycznej również i hypertoniczna postać kurczu może przez powodowane przez nią zwężenie być powodem kolki.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę ogromne, coraz nawet większe rozpowszechnienie nerwic wegetatywnych wśród dzieci, to łatwo można sobie wyobrazić, że „kolka pępkowa“ Moro może stanowić nader częstą postać chorobową. Należy zaznaczyć, że i wśród chirurgów spotkać można poglądy, dowodzące, że bardzo często zaburzenia czynnościowe w zakresie roślinnego układu nerwowego, przedewszystkiem zaś spazmy kiszkowe mogą symulować przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego (Lieck).

Jednakże każdy, kto w ostatnich latach miał możność bliższego obserwowania usuwanych przy operacji wyrostków, mógł konstatować dysproporcję, zachodzącą między burzliwym nader przebiegiem zapadu, a nieznacznemi, makroskopowemi przynajmniej, zmianami w samym wyrostku. U dzieci w ciągu ostatnich lat dziesięciu obserwowałem szereg przypadków, gdzie w anamnezie były ataki różnego nasilenia o charakterze kolki pępkowej Moro, a odrazu po pewnym czasie występował ostry napad z objawami zapalenia wyrostka. Podczas operacji wyrostek taki czasem wykazywał już nieledwie perforację, czasem znowu jedynie mniejsze lub większe przekrwienie.

W r. ubiegłym prof. H. Kümmel, występując raz jeszcze w sprawie przewlekłego zapalenia wyrostka, zalicza doń, jak i poprzednio już i spotykany u dzieci „okresowy ból pępkowy — *colica appendicularis*“.

Jeżeli już przedtem liczni klinicyści jak Talamon, Gerszuny, Breuer, Coley i in. wyrażali przypuszczenie, że ta postać chorobowa

stoi blisko *„perityphlitis"*, że właściwie stanowi przedwstępny okres tego ostatniego cierpienia, jeżeli Klemm przy bólach pępkowych u dzieci zawsze znajdował objawy chorobowe w usuwanym wyrostku, to Kümmel bezwzględnie stoi na stanowisku, że właśnie punkt bolesny w okolicy pępka jest stanowczo patognomonicznym dla zapalenia wyrostka Kümmel jest, jak wiadomo, jednym z tych klinicystów, którzy oddawna dowodzili samodzielności przewlekłego zapalenia wyrostka, jako jednostki chorobowej. Podczas gdy jedni, zarówno patologowie jak i chirurdzy (Aschoff, Schnitzler, Melchior i Löser i in. odrzucają istnienie przewlekłego zapalenia, to Kümmel, A. Müller a przed niemi już przedewszystkiem Sonnenburg uważają ostre zapalenie wyrostka robaczkowego tylko jako etap w obrazie chorobowym zawsze wtedy pierwotnie istniejącego zapalenia przewlekłego.

„Jeżeli — mówi Kümmel — sprawa ostrego zapalenia wyrostka jest już wszechstronnie zbadana i poznana, to zupełnie inaczej rzecz się ma dziś jeszcze z obrazem chorobowym, który przywykliśmy określać zbiorowem mianem zapalenia przewlekłego. To ostatnie jest dzięki osobliwym, zaciemniającym chorobę objawom oraz dzięki swoistemu oddalonemu działaniu, cierpieniem coprawda dostatecznie znanem, ale niestety często mało rozpoznawanem. Zbyt często zostają w tej chorobie zamiast istotnego schorzenia djagnozowane inne, i pacjent długi czas bywa daremnie leczony. Właśnie owa dziecięca *„colica appendicularis"* zdaniem Kümmela przedstawia taki przypadek. „Stanowi ona typowy, często zdarzający się, co do przyczyn swych jeszcze niezupełnie wyjaśniony obraz chorobowy wieku dziecięcego. Dla obiecującego dobre wyniki leczenia konieczne jest w pierwszym rzędzie trafne rozpoznanie". Objawy, jakie przytacza Kümmel odpowiadają w zupełności charakterystyce, podanej w swoim czasie przez Moro.

W szczególności podkreśla Kümmel niektóre objawy, które naogół w ostatnich czasach często może obserwować lekarz, mający do czynienia z praktyką pedjatryczną. A więc fakty takie, jak występowanie bólów pępkowych codziennie, często pojawianie się ich nocą podczas snu, lub też podczas pobytu w szkole. Dzieci podczas napadu bólów bledną bardzo często w sposób uderzający — aż do przypominania typowej *„facies appendicularis"*.

Co uderza lekarza, i co bardzo często odsuwa jego myśl od właściwego rozpoznania — to zupełny w zasadzie brak bolesności w okolicy klasycznego punktu Mc. Burney'a. Ale tutaj leży punkt ciężkości, stanowiący o trudności rozpoznania kolki pępkowej jako istotnego zapalenia wyrostka. Jeżeli, jak twierdzi Kümmel, pojedyńczy objaw nie może potwierdzić rozpoznania, ale konieczne jest zestawienie wszystkich rozporządzalnych środków pomocniczych, to jednak lekarz przedewszystkiem opierać się będzie na obecności punktów wrażliwych.

Sprawa wrażliwości wyrostka na ucisk została skomplikowana przez kilka punktów, które zostały utrwalone w piśmiennictwie. Już przed laty Lejars poddał krytycznej ocenie wartość rozpoznawczą punktu Mc. Burney'a. Punkt ten większości ludzi nie odpowiada bynajmniej położeniu wyrostka robaczkowego. Daleko częściej ma to miejsce w stosunku do t. zw. punktu Kanza, który jak wiadomo leży nieco głębiej i bardziej ku linji środkowej aniżeli punkt Mc. Burney'a. Już dawniej w Niemczech Sonnenburg, a w Anglji Treves i Keith wskazywali na ważność punktu, którego położenie jest analogiczne z punktem Lanza. W r. 1908 Morris podniósł znaczenie punktu, położonego około 4 cm. poniżej i 2 cm. w prawo od pępka dla rozpoznawania przewlekłej sprawy wyrostkowej. Jak to już wyżej było wspomniane, w okolicy pępka, a mianowicie na 1—2 cm. poniżej tego ostatniego, prostopadle lub nieco w prawo lokalizuje również i Kümmel swój punkt bolesny, który uznaje za decydujący dla przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Ogromna ilość operowanych przez Kümmel'a przypadków „kolki pępkowej" u dzieci każe przyznać bardzo wiele słuszności jego wywodom. Jeżeli przyjąć pod uwagę, że coraz bardziej mnożą się spostrzeżenia, wskazujące na wyraźną łączność pewnych bólowych sensacji brzusznych w wieku dziecięcym z wcześniej czy później występującym, mniej lub więcej burzliwym atakiem ostrego zapalenia wyrostka, to przypadki podane swego czasu przez Moro, muszą być uznane za nader rzadkie. Można raczej przypuszczać, że stanowią one przedwstępny okres stanu zapalnego. Co się tyczy tego, że często podczas operacji wbrew przewidywaniom zarówno internisty, jak i operującego chirurga, zmiany w usuniętym wyrostku okazują się nadzwyczaj nikłe, to pozwolę sobie przytoczyć tutaj zdanie chirurga niemieckiego Borcharda, dotyczące opisanej przez niego w roku ubiegłym nowej postaci zapalenia wyrostka W związku z operowanym przez siebie przypadkiem *appendicitis* u ośmioletniego chłopca Borchard opisuje pierwotną „*lymphangitis*" wyrostka robaczkowego. Postać ta zaznacza się klinicznie — ostrym początkiem, wysoką ciepłotą, niewielkiemi objawami miejscowemi, nieznacz-

ną bolesnością przy ucisku, brakiem „*defense*“, ale silnemi zmianami ze strony krwi (leukocytoza, przesunięcie obrazu krwi w lewo). Zmiany anatomopatologiczne wyrażają się w mało lub zupełnie niezmienionym wyrostku z napozór nienaruszoną śluzówką. W podsurowiczej wyrostka i krezeczki znajdują się subtelne czerwone prążki, lekkie zaczerwienienie w okolicy krętniczokątniczej, gdzie gruczoły limfatyczne są obrzmiałe. Oprócz tego stwierdzić można wysięk nieznaczny w jamie brzusznej, oraz pod mikroskopem obfite skupienie ropy w drogach limfatycznych, w warstwie mięsnej i w tkance podśluzowej.

Borchard nie wspomina, czy pacjent miał przedtem jakiekolwiek objawy. Być może, że przypadki kolki, które przy operacji nie wykazują pozornych zmian anatomicznych, przy bliższem zbadaniu dałyby się zaliczyć do postaci opisanej przez Borcharda.

Sprawa stosunku kolki pępkowej do zapalenia wyrostka robaczkowego jest z punktu widzenia praktycznego, z punktu widzenia wskazań do zabiegu operacyjnego — zagadnieniem stale aktualnem.

PIŚMIENNICTWO.

Moro — „Ueber rezidivierende Nabelkoliken bei aelteren Kindern“ — München med. Wochenschrift, 1913, str. 2827—29. Schnitzler. — „Ueber sogenannte chronische Appendizitis“. Dodatek do Wiener Klin. Wochenschrift rok 1925 zesz. 4. Pal — „Krampferscheinungen im Magendarmkanal“. Dodatek do Wiener Klin. Wochenschrift, rok 1925, zesz. 16. Kümmel — „Der Kampf um die chronische Appendizitis“. Klin. Wochenschrift, 1928 Nr. 38. Borchard — „Die primäre Lymphangitis des Wurmfortsatzes“ Deutsche med. Wochenschrift, 1928 Nr. 26.

ZE ZJAZDU CHIRURGÓW W BUDAPESZCIE

(Z DN. 25—28 MAJA 1930).

Jednym z najbardziej aktualnych tematów była Perkaina, o której zdawali sprawę liczni chirurdzy, mający duże doświadczenie z dziedziny znieczulania i narkozy.

Prof. Manninger, Dyrektor oddz. chir. Szpit. Uj Szent-Janos w Budapeszcie poruszył sprawę uszkodzenia tkanek przez środki do miejscowego znieczulania. Niepomyślne działanie przypisuje on zbytniemu zakwaszaniu roztworów. Wyraźnie zaznacza on, że nigdy nie należy nadmiernie zakwaszać tych roztworów, zwłaszcza kwasem solnym, a doda-

wać tylko tyle ile koniecznie potrzeba dla przejaśnienia zmętniałych roztworów.

Docent Loessl zaznacza, że przy rozpatrywaniu uszkodzeń skókach pacjentów zachodzą różne zmiany chemiczne.

Asystent Szpit. Centralnego Ś-go Rocha w Budapeszcie pod dyrekcją prof. Hümer-Hütla, Dr. Laszło Scheitz wspomina, że przy operacjach na kończynach dolnych stale posiłkowano się znieczulaniem lędźwiowem za pomocą perkainy. Znieczulenie trwało zwykle przeszło 5 godzin.

Prof. Manninger m. in. wspomina też o kombinowanem znieczulaniu za pomocą perkainy z nowokainą. Znieczulenie zwykle następowało nieco później, stale jednak było najzupełniej wystarczającem. Stosując roztwór ½% nowokainy z roztworem 0,5 pro mille perkainy, czyli używając na 100 ccm. roztworu 0,5 grm. nowokainy i 0,05 grm. perkainy, otrzymywął on doskonałe wyniki, Klinicyści zgodnie zaznaczają, że znieczulenie perkainą wyróżnia się nadzwyczajną trwałością. Bywają przypadki, w których bóle pooperacyjne nawet wcale nie dają się odczuwać. Prof. M. jest zwolennikiem znieczulenia przewodniczego.

Docent Fekete z oddz. ginekologicznego Polikliniki Ogólnej w Budapeszcie wspomina o skombinowanej narkozie za pomocą gazu rozweselającego (N_2O). Na jego oddziale już od pół roku przy przecinaniu skóry wyłącznie stosuje się roztwór 1 pro mille perkainy, który pod każdym względem odpowiada wszełkim oczekiwaniom. Nigdy nie obserwował on nawet najmniejszej martwicy, o ile przyrządzenie roztworów odbywało się z zachowaniem niezbędnej staranności.

W dłuższem przemówieniu porusza Dr. Wilhelm Csok z II oddz. chir. Szpit. Ś-go Rocha w Budapeszcie sprawę toksyczności perkainy przyczem zaznacza, że przy zachowaniu prawideł, ustałonych dla tego nowego środka pod względem stężenia roztworów i techniki perkaina jest tak samo nieszkodliwą, jak i inne, dotąd używane środki znieczulające. Omawia on też objetkywnie sposób przyrządzania roztworów, przestrzegając przed użyciem nadmiaru kwasu. Początkowo dodawał on po 12 kropli adrenaliny na każde 100 ccm. roztworu perkainy. Powstawała jednak tak silna anemja, że zachodziła obawa o krwawienia następcze. Dalsze doświadczenia dowiodły, że wystarcza dodatek 6 kropli adrenaliny na każde 100 ccm. roztworu perkainy, przyczem krwawień się nie obserwuje.

Prelegent zauważył nadzwyczaj szybko następujące znieczulenie po użyciu roztworów 1 pro mille perkainy, przyczem nie zgadza się z swoim przedmówcą, prof. M. co do powolnego występowania objawów znieczulenia. Samo znieczulenie trwało u niego średnio po 6 — 7 godzin i więcej, poczem następowało stale pewnego rodzaju przytępienie czucia, trwające po kilka godzin. Faktu tego nie należy nie doceniać. Zważywszy. że za pomocą nowokainy osiągano na oddziale Dra Csoka znieczulenie.

trwające tylko przez pół godziny po operacji, to sam ten fakt wystarcza do należytej oceny zalet perkainy, przyczem rzuca się też w oczy nadzwyczajna ekonomja w stosowaniu. Autor operował przeszło 500 różnych przypadków chirurgicznych.

Dr. E r n s t L u k a c s z oddz. prymarj. Mezei podaje, że poprzednio stosowano tylko 0,5 pro millowe, obecnie zaś wyłącznie 1 pro millowe roztwory perkainy. Znieczulenie występuje po upływie 3—4 minut, trwa 5—8 godzin. Nie zawsze można się obywać bez morfiny. W zwalczaniu bólów pooperacyjnych, jednak przy stosowaniu perkainy, morfiny stosuje się znacznie mniej. Jako curiosum podaje on przypadek, w którym bezwzględne znieczulenie po perkainie trwało 10 godzin, a potem nastąpiło jeszcze 24 godzin trwające przytępienie czucia.

W ostatnim czasie rozpoczęto doświadczenia z perkainą w akuszerji, starając się o ulgę dla rodzącej w przetrzymaniu pierwszego 5-godzinnego okresu bólów. Próby zapowiadają się pomyślnie.

Prof. A d a m zdaje sprawę z licznych operacji, dokonywanych wyłącznie pod znieczuleniem za pomocą perkainy. Przypadki te zgrupował on w sposób następujący:

Operacje wyrostka robaczkowego	265	przypadków
,, kamicy żółciowej	86	,,
,, żołądka i jelit	91	,,
,, przepuklin	233	,,
,, wola	41	,,
Laparotomji wszelkiego rodzaju	18	,,
Różnych operacji	196	,,
Przypadki kombinowanego z narkozą znieczulenia za pomocą perkainy	67	,,
Ogółem	997	przypadków

Przewidując powszechne użycie perkainy, prof. A. zaleca gorąco sprawdzenie danych swoich. Uszkodzeń tkanek nigdy nie zauważył i tego rodzaju niepożądane powikłania przypisuje niedostatecznie staranemu przyrządzaniu roztworów i nie zachowaniu przepisów właściwego wstrzykiwania. Najlepszem stężeniem roztworów perkainy jest 0,75 pro mille. Za pomocą takich roztworów za każdym razem osiągano szyb-

ko długotrwałe i intensywne znieczulenia. W przypadkach, gdzie znieczulenie występowało nieco później prelegent nie zraża się, gdyż dla operatora jest rzeczą obojętną, czy zabieg swój rozpoczyna na jedną lub kilka minut później. Perkaina anemizuje mniej, aniżeli nowokaina. Dzięki wspomnianym zaletom prof. A. stale i wyłącznie posiłkuje się dla znieczulania perkainą.

Prof. B a k a y poruszył sprawę narkozy za pomocą awertyny i pernoktonu, którą stanowczo zarzucił.

Twierdzi on, że eter jak był, tak i zostanie idealnym środkiem dla usypiania. Zwraca on tylko uwagę, że współczesna młodzież stale znajduje się w poszukiwaniu nowych metod, natomiast należałoby przedewszystkiem zapoznawać się wszechstronnie z dotychczasowemi metodami postępowania, zwłaszcza z narkozą za pomocą eteru, która powinna być bezwarunkowo obowiązującą dla wszystkich klinik.

Dr. K l i n k e wspomina o gazie rozweselającym, o usypianiu awertyną i narcylenem oraz za pomocą dożylnych wlewań pernoktonu. Porusza on też sprawę znieczulania perkainą, zaznaczając, że z kliniki jego zwierzchnika, prof. Bakay'a pojawiła się praca Hofhausera o perkainie.

Docent L o e s s e l z Debrecenu omawia narkozę za pomocą awertyny. Z powodu niezbyt pomyślnych doświadczeń radzi on chirurgom powrócić do starych metod za pomocą eteru. Co się tyczy pernoktonu, to operowano pod uśpieniem takim 56 przypadków, przyczem często pojawiały się stany podniecenia ruchowego w tak silnym stopniu, że inni chorzy energicznie sprzeciwiali się stosowaniu tego środka.

Co się tyczy perkainy, to zaznacza on, że początkowo nie było powodów do entuzjazmu, jednakże zapoznawszy się z tym środkiem i techniką stosowania go, rozpoczął on badania, zlecone mu przez jego zwierzchnika, prof. Hüttla. Dotąd operowano pod perkainą przeszło 400 przypadków, stosując z początku roztwory 0,5 pro millowe. Ponieważ znieczulenie następowało dopiero po 5 minutach, zaczęto używać stężenie 0,75 pro mille.

Zwykle wystarczało 60 — 80 ccm., a tylko u otyłych trzeba było zużywać więkze ilości takiego roztworu. W jednym przypadku zastosowano nawet 480 ccm. tego 0,75 pro millowego roztworu bez jakichbądź powikłań. Znieczulenie trwa conajmniej 4, a przeważnie 8 — 10 godzin. Ogłaszane w ostatnim czasie przypadki martwicy skóry zdarzają się bardzo rzadko. Przyczyna ich już została ustalona, należy przytem pamiętać, że martwica powstaje również i po niewłaściwem stosowaniu nowokainy, tutokainy i innych środków znieczulających.

Znieczulenie lędźwiowe znajduje się u prelegenta w fazie doświadczeń. Perkaina wywiera działanie bakterjobójcze, które obecnie podlega badaniu i zapowiada się dość ciekawie. Chodzi mianowicie o rozstrzyg-

nięcie, czyby się nie dało używać roztworu perkainy bez wyjaławiania przez gotowanie.

Prymar. K l e k n e r z oddz. chir. miejskiego szpitala w Nyirgyhaza donosi, że próbował niezależnie od prof. Manningera stosować perkainę wraz z nowokainą, używając roztwór 0,25% nowokainy wraz z 0,025% perkainą. Znieczulenie następowało po 2 minutach, było idealnem i trwało dostatecznie długo. Stwierdzono, że większość lekarzy nie zachwycała się kombinacją perkainy z nowokainą, przekładając użycie samej perkainy lub nowokainy.

Prymarjusz von L o b m a y e r, dyrektor i chirurg naczelny ogólnej polikliniki w Budapeszcie zwraca uwagę słuchaczy na artykuł, który umieścił w Mediz. Klinik. Zaleca on perkainę jako znakomity środek dla miejscowego znieczulania. Co do przyczyn martwicy, powstającej czasami po perkainie zgadza się on zasadniczo z prof. Manningerem, zwraca jednak uwagę, że stężenie jonów wodorowych powinno być brane pod uwagę nie tylko w roztworze stosowanym a także i w osoczu tkankowem. Powstawanie martwicy przypisuje on, zgodnie z doc. Loesselem także czynnikom indywidualnym i dla ilustracji wspomina o 2 przypadkach ciężkiej matrwicy po nowokainie, obserwowanych w sanatorjum Budapeszteńskim. Dziwnem jest, że tym samym roztworem posiłkowano się przy operacji innego chorego, przyczem nie zauważono żadnego uszkodzenia tkanek.

Podał S. Z. SANDER.

LECZENIE WYCIĄGAMI Z PRZYSADKI MÓZGOWEJ.

Nauka o czynnościach przysadki mózgowej w ostatniem dwudziestoleciu przyniosła cały szereg ciekawych i nieoczekiwanych wyników. Wiele czynności, przypisywanych dawniej ośrodkom czynności narządów wewnętrznych i ośrodkom przemiany materji w obrębie trzeciej komory, okazało się zależnemi od wydzieliny wewnętrznej przysadki mózgowej. Wiele w tej dziedzinie jednak pozostało jeszcze do zrobienia i czeka na wyjaśnienie na drodze doświadczalnej. W artykule niniejszym chciałem omówić działanie wyciągów z przysadki a mianowicie głównie wyciągów z przedniego i tylnego płata.

Stosownie do swej budowy histologicznej, jak twierdzi Cushing, przysadka wydziela hormony regulujące czynności płciowe, wzrost, oraz normujące czynności gruczołów przytarczycznych, tarczycy i nadnerczy. Już fakt wydzielania tylu różnorodnych czynników hormonalnych, wywierających tak istotny wpływ na organizm ludzki, przemawia za szeroką skalą zastosowań w lecznictwie wyciągów z tej części narządu, o których chcę pomówić niżej.

Badania A. Exnera, B. M. Mallena, R. Wulsena, E. Uhlenhuta, Longa i Evansa, wykazały, że wyciągi z przedniego płata przysadki oddziaływają wybitnie na wzmaganie się wzrostu, co zostało potwierdzone przez nich w doświadczeniach na zwierzętach, przez osiągnięcie u zwierząt, którym zastrzykiwano wyciągi z przedniego płata przysadki. wzrostu gigantycznego. Badania wyżej wspomnianych autorów zostały potwierdzone przez późniejsze badania Fr. J. Puttmana, Ed. B. Benedicta i H. M. Tella. Fakty te wykazały, że stosowanie Antephysanu w karłowatości Paltaufa może stanowić wdzięczne pole dla leczenia. Karłowatość Paltaufa charakteryzuje się skłonnością do przedwczesnego starzenia się, wiotkością skóry i brakiem tkanki tłuszczowej podskórnej. Kościec w tem cierpieniu wykazuje stosunki dziecięce, oprócz wyżej wspomnianych objawów, którym towarzyszy niedorozwój narządów płciowych i cech płciowych wtórnych. Otóż ta postać karłowatości, jako zależna od czynności przysadki mózgowej, stanowi szczególnie wdzięczne pole dla leczenia wyciągiem przedniego płata przysadki. Pod wpływem tego leczenia osiągamy szybki wzrost oraz rozwój narządów płciowych i cech płciowych wtórnych. Co do cech płciowych wtórnych i narządów płciowych to musimy tu zaznaczyć, że na rozwój ich wywierał doskonały wpływ wyciąg z przedniego płata w infantyliźmie, podczas gdy nie obserwowano tegoż postępu w rozwoju narządów płciowych w przypadkach eunuchoidyzmu.

Musimy tu wspomnieć, że wyciąg przedniego płata przysadki działa doskonale w wyniszczeniu, spowodowanem niedomogą czynności przysadki. Cierpienie to rozpoczyna się w 30 — 40 roku życia zazwyczaj, przebieg jego nosi charakter przewlekły a wyniszczenie tu obserwowane dosięga bardzo znacznego stopnia. Ostatnio K. Herrmann podaje spostrzeżenie, odnoszące się do pewnej 53-letniej chorej, u której wystąpiło szybkie wychudzenie i osłabienie. Zęby pacjentce tej powypadały, skóra stała się sucha i ostra, obserwowano zcieńczenie palców oraz łamliwość paznogci. Objawom tym towarzyszył brak łaknienia przy jednoczesnym braku kwasu solnego w treści żołądkowej.

Leczenie wyciągiem przedniego płata przysadki w tym przypadku spowodowało szybką poprawę, wzmożenie się apetytu, przeminięcie apatji i ustąpienie innych objawów somatycznych.

Wdzięczne pole do leczenia wyciągiem z przedniego płata przysadki stanowią przypadki otłuszczenia pochodzenia przysadkowego (distrophia adiposo-genitalis), charakteryzujące się odkładaniem tłuszczu w okolicy bioder, wzgórka łonowego i na piersiach. Falta i Högler podkreślają, że gromadzenie się tłuszczu w tem cierpieniu może mieć swe źródło w zmianach w samej przysadce mózgowej jakoteż w zmianach w obrębie hypotalamus. O ile stosowanie wyciągów przysadki odniesie pożądany skutek w pierwszym przypadku o tyle w drugim pozostanie ono bez skutku. W leczeniu otyłości pochodzenia przysadkowego, większość autorów zaleca stosowanie wyciągów przedniego płata przysadki, ale są i tacy, którzy zalecają tu stosowanie wyciągów z przysadki całkowitej lub też leczenie kombinowane wyciągiem z tylnego i z przedniego płata.

Przejdziemy do omówienia wpływu hormonów przedniego płata przysadki na narządy płciowe, co wyjaśniły w znacznej mierze ostatnio prace Aschheima i Zondeka.

Wyżej wspomniani autorowie, stosując wstrzykiwania przedniego płata przysadki u zwierząt, obserwowali u osobników młodocianych rozpoczynanie się czynności jajnika. Pęcherzyki Graafa rozrastały się, pękały, pojawiało się ciałko żółte. Współcześnie ze zmianami w jajnikach notowano zmiany w macicy i pochwie oraz występowania typowych przejawów ruji. Na myszach autorowie obserwowali występowanie przejawów ruji w 90—100 godzin po podskórnem wprowadzeniu wyciągu przedniego płatu przysadki. U myszy tych stwierdzano obrzmiewanie pochwy i zmiany ze strony śluzówki macicy, właściwe dla okresu ruji oraz pojawianie się w jajniku ciałek krwotocznych i ciałek żółtych. W dalszych badaniach Aschheim i Zondek stwierdzili, że wydzielina przedniego płata przysadki znajduje się w moczu kobiet ciężarnych i na tym fakcie oparli swój odczyn ciążowy. Mocz kobiet ciężarnych, zastrzykiwany myszom, wywoływał w ich narządach płciowych zmiany analogiczne do tych, jakie występowały po zastrzykiwaniu wyciągów z przedniego płata przysadki. Autorowie do określania mocy preparatów przysadki wprowadzili standaryzację biologiczną i poczęli wyrażać moc tych preparatów w jednostkach mysich. Należy zaznaczyć, że jednostka mysia odpowiada 6 jednostkom szczurzym.

Co do wydzieliny przedniego płata przysadki, to Aschheim i Zondek stoją na stanowisku, że wydzielinę przedniego płata przysadki należy uważać za hormon pierwotny, który pobudza jajnik do wydzielania. Wydzielina jajnika jest zaś hormonem wtórnym, który wywiera bezpośredni wpływ na narządy płciowe i ich czynność. Ten fakt wyzyskano dla obudzenia czynności narządów płciowych w okresie zahamowania tejże, a więc przy przejawach niedorozwoju płciowego i w okresie ustania menstruacji przy wystąpieniu pierwszych objawów przekwitania. Różnica pomiędzy stosowaniem opoterapji jajnikowej i przedniego płata przysadki jest ta, że w pierwszym przypadku wprowadzamy gotowe hormony jajnikowe, w drugim zaś pobudzamy organizm do wyprodukowania tych hormonów. Nowy ten sposób zadziałania na czynności hormonalne wydał z punktu widzenia klinicznego pożądane owoce. Współczesne prace kliniczne stawiają sobie za zadanie ścisłe zróżnicowanie, gdzie w przypadkach zaburzeń ze strony narządów płciowych stosować wydzielinę przedniego płata przysadki, a gdzie ograniczyć się do stosowania preparatów jajnikowych.

Badania doby ostatniej nad działaniem wyciągów z przysadki na przemianę materji zapoczątkowane przez Kestnera i Faltę utorowało nową drogę dla zastosowania opoterapji przysadkowej.

Prace Kollerta Pillata i Steinera ustaliły związek pewnych cierpień skóry z zaburzeniami przemiany materji i ustaliły ich zależność od czynności przysadki. Tataru donosi, że leczył on z powodzeniem przypadek

Atrophia cutis idiopatica podawaniem wyciągów z przedniego i tylnego płata przysadki.

O ile płat przedni przysadki mózgowej stanowi część gruczołową narządu, o tyle płat tylny jest częścią nerwową narządu. Moc biologiczna wyciągu z płata tylnego przysadki określa się działaniem skurczowem, wywieranem na macicę świnki morskiej. Główne zastosowanie wyciągu tylnego płata ma miejsce w położnictwie, gdzie zostaje spożytkowane działanie wyciągu na mięśnie gładkie macicy, które jest bardzo znaczne. Co do działania wyciągu tylnego płata na sprowokowanie porodu przed czasem, to większość autorów stoi na stanowisku, że nie należy się tu spodziewać wydatniejszego działania. Powoduje on wprawdzie skurcze macicy, ale nie stwierdza się otwarcia szyjki. Co do sprowokowania poronienia w pierwszych miesiącach ciąży, to środek ten często zawodzi, a nawet dawki duże powodują tylko bóle, nie doprowadzając do poronienia. Z drugiej znów strony donoszą o częstych przypadkach poronienia, spowodowanego zastosowaniem tego środka. Ostatnio przytoczone fakty wskazują nam, że ze względu na możliwość wywołania poronienia, należy zachować daleko idącą ostrożność w stosowaniu wyciągów tylnego płata przy istniejącej ciąży.

Ustalonym natomiast jest faktem, że kiedy poród się rozpoczął, wyciąg z tylnego płata przysadki wzmacnia kurczliwość macicy. W stosowaniu wyciągu z tylnego płata przysadki należy zachować pewną ostrożność i trzymać się następujących zaleceń:

1. Wyciąg przedniego płata przysadki należy stosować tam, gdzie niema zwężenia miednicy, gdzie niema jakiejkolwiek przeszkody ze strony szyjki macicznej ani krocza, gdyż obecność tych przeszkód może spowodować niebezpieczeństwo zarówno dla matki, jak dla dziecka. Wyciąg tylnego płata przysadki wolno stosować wyłącznie przy całkowitem rozwarciu ujścia macicy.

2. Serce i nerki położnicy powinny być zdrowe.

3. Wyciąg z tylnego płata przysadki należy stosować tam, gdzie mamy leniwe skurcze.

Należy podnieść, że wyciąg z tylnego płata przysadki oddaje znakomite usługi przy porodzie w uśpieniu chloroformowem, gdzie mamy porażenie macicy.

Wyciąg z tylnego płata przysadki poza macicą, wywiera wybitny wpływ na kurczliwość pęcherza i w lecznictwie znajduje zastosowanie przy atonji tegoż, co ma częste miejsce w schorzeniach rdzenia kręgowego, wywiera on wybitny wpływ na jelita, tak że w 10—15 minut po zastosowaniu mamy parcie na stolec. Prócz tego glanduitrin jako wyciąg tylnego płata przysadki mózgowej, powoduje energiczne skurcze pęcherzyka żółciowego, co można obserwować na ekranie jako też mamy możność stwierdzić obfity odpływ żółci przez założoną sonde-

W przypadku zastojów żółci przez zastosowania wyciągu z tylnego płata przysadki jesteśmy w stanie osiągnąć doskonały drenaż dróg żółciowych.

Pozatem w medycynie wewnętrznej wyciąg z tylnego płata znajduje zastosowanie w leczeniu diabetes insipidus, krwioplucia i astmy oskrzelowej.

W leczeniu diabetes insipidus wyciąg z tylnego płata przysadki wprowadził Farini w 1912 roku. Obserwacje poczynione od tego czasu zgodnie potwierdziły skuteczność tego leczenia. Stosowanie wyciągu z tylnego płata przysadki po krótszym lub dłuższym okresie stosowania w tem cierpieniu ilość wydzielanej uryny szybko osiąga ilość zbliżoną do normy.

Wyciąg tylnego płata przysadki w diabetes insipidus choć działa niezawodnie, to jednak jego działanie jest krótkotrwałe i zastrzyki muszą być często powtarzane.

W krwiopluciu wyciąg tylnego płata wywiera wpływ przez zadziałanie na włókna mięsne gładkie i przez wzmożenie krzepliwości krwi. Wyciąg tylnego płata przysadki należy stosować w tych tylko krwiopluciach, w których stosowanie innych środków zawodzi. Niektórzy autorowie, jak naprzykład znany ftisiolog francuski Rist, zalecają w przypadkach uporczywych krwiopluć podawanie dożylne wyciągów z tylnego płata przysadki w rozcieńczeniu znacznego stopnia, to jednakże większość ostrzega przed drogą dożylną jako bardzo niebezpieczną i zaznacza, że wystarcza stosowanie podskórne lub domięśniowe.

Działanie wyciągu z tylnego płata przysadki w astmie oskrzelowej jest stwierdzone. Zaleca się stosowanie tego środka jednocześnie z adrenaliną. Wyciąg tylnego płata przysadki uczula organizm na działanie adrenaliny.

Należy zaznaczyć, że wprowadzenie do ustroju wyciągu z tylnego płata przysadki może powodować bóle jelitowe i wybitne pobladnięcie twarzy, jednakże te objawy nie są groźne i szybko przemijają. Daleko idącą ostrożność należy zachować w stosowaniu tego środka u chorych na serce i nerki.

Nowsze prace wykazały, że w wyciągu tylnego płata przysadki mamy do czynienia nie z jednym hormonem. Ostatnio udało się oddzielić frakcję, zwiększającą ciśnienie krwi i wywierającą działanie na jelita, od frakcji działającej na macicę.

Działanie tych dwóch wyżej wspomnianych frakcji z wyciągu tylnego płata przysadki zostało wyświetlone dzięki pracom Jaegera, Isaaca i Siegela.

Wprowadzenia tych nowych preparatów do lecznictwa stanowi znaczny postęp i pozwala na dowolne wykluczenie z zakresu działania preparatu narządów, jakich nie chcemy poddać działaniu tegoż.

Zondek — Hormonale Schwangerschaftreaktion aus dem Harn 2285. Klin. Woch Nr. 49. 1930 r. — Hofbauer — Beziehungen des Hypophysenvorderlappens zum Uteruscarcinom 2153. Klin. Woch. Nr. 46 1930. Nr. 45 1930, str. 2108. — Janssen — Klin. Woch. Nr. 40. 1930 r. str. 1853. Wirksamer Gehalt der Handelspreparate des Hypophysenvorderlappens. — Loeser — Ovulation während Schwangerschaft durch Hypophysenvorderlappens. Klin. Woch. Nr. 40 1930, str. 1855. — Falta u. Högler — Hypophysenvorderlappenhormon. Klin. Woch. Nr. 39. 1930, str. 1807. — Zondek u. van Eweyk — Darstellung des Weiblichen Sexualhormons. Klin Woch. Nr. 31. 1930 — Paulsson — Hypophysenhinterlappen und Wasserausscheidung. Klin. Woch. Nr. 27, 1245. 1930. — Paul Harvier — La folliculine Leçon du dimanche. Baillière 1929. p. 232.

REFERATY Z CZASOPISM OBCYCH.

FAROY. *Użycie chlorku wapnia w chorobach przewodu pokarmowego.* (Pr. Méd. Nr. 9—1931).

Autor używa miareczkowanego roztworu chlorku wapnia, który w 80-ciu kroplach zawiera 1 gram soli. Nie przekracza 20 gr. na dobę. Dawka większa wywołuje objawy nietolerancji, jak biegunki, wymioty, bóle głowy. $CaCl_2$ przyśpiesza krzepnienie krwi i jest wskazane w chorobach przewodu pokarmowego pochodzenia żołądkowego czy jelitowego (owrzodzenia ,raki, dur brzuszny, czerwonka), w dawce 3—4 gr. dziennie z dodatkiem żelatyny. Przy krwotokach z żołądka można stosować ciepłe lawatywy z 3—4 gr. roztworu $CaCl_2$ pod małem ciśnieniem. Na krwotoki jelitowe podaje $CaCl_2$ doustnie lub w małych lawatywach po 100 gr. i 2—4 gr. wspomnianego na wstępie roztworu. Wreszcie wstrzykuje 20 ccm. 5% $CaCl_2$ dożylnie.

Chlorek wapnia, dodany do mleka, ułatwia jego ścinanie się podczas trawienia.

W dawkach małych (4—8 gr. dziennie) $CaCl_2$ hamuje biegunki wszelkiego pochodzenia. Działanie to zachowuje nawet po dożylnem wstrzyknięciu 4—5% roztworu. Ostatnia metoda powstrzymuje wymioty, towarzyszące kaszlowi u suchotników.

Blum wprowadził użycie $CaCl_2$ w celu wzmożenia djurezy.

Znany jest wpływ łagodzący tej soli na szereg zjawisk anafilaktycznych. Podaje się wtedy 4—8 gr. doustnie lub dożylnie, 0,25 gr. w roztworze 50% lub 5% przez 2—3 dni. Może być stosowany w leczeniu tężyczki i we wszystkich sprawach, przebiegających z odwapnieniem.

———o———

SCHOLZ. *Przemiana chlorowa i jej wpływ na przebieg płatowego zapalenia płuc.* (D. Med. Woch. Nr. 37—1930).

Badania Hoesslina i Prigge'a wykazały niezależność zatrzymywania chlorków w przebiegu pneumonji od nerek; chlorki zostają zatrzymane w wielkiej ilości w tkance płucnej kosztem krwi; obserwuje się wtedy hipochloremję i obniżenie ciśnienia krwi. Zapotrzebowa-

nie tkanek na chlorki jest wybitne, doprowadzanie zzewnątrz większej ilości nie zmienia poziomu chloremji, wpływa jedynie na podniesienie ciśnienia. P r i g g e stwierdził, że wstrzykiwanie chlorków do krwi chroni chorych przed wyczarpaniem układu krążenia, przyśpiesza przebieg zapalenia płuc i czyni je łagodniejszem.

Autor badał wpływ hipertonicznych roztworów soli kuchennej na pneumokoki i stwierdził, że ostatnie giną w tych roztworach. Gromadzenie soli kuchennej w płucach jest odruchem obronnym i daje wskazanie do stosowania dużych ilości soli w djecie chorych na płatowe zapalenie płuc. Choroby serca i nerek są przeciwwskazaniem do takiego leczenia.

———o———

PINCHIN i MORLOCK. *Leczenie i rozpoznawanie ropni płuc.* (The Lancet 5590—1930).

Na 27 przypadków 40% ropni płuc powstało pierwotnie, jeden tylko był w wyniku zejścia pneumonji, a w 16 przypadkach ropnie wystąpiły po usunięciu migdałków. Leczyć należy przedewszystkiem zachowawczo: próbować emetyny, novarsenobenzolu, lipiodolu. O ile poprawa nie wystąpi po 2—3 miesiącach można przejść do leczenia chirurgicznego. Odma wskazana jest w przypadkach ropni umiejscowionych w środku miąższu płucnego. Ropnie bardziej powierzchowne mogą, po założeniu odmy, przebić się do opłucny i spowodować pyothorax. Autorzy raz tylko zastosowali frenikotomję i to bez dobrego wyniku. Torakoplastykę należy zachować dla przypadków, które nie poprawiły się po wymienionem leczeniu. Najlepszym zabiegiem jest dwuczasowa torakotomja z założeniem drenu.

———o———

WOHLERS. *Samowyleczenie gruźliczych jam płucnych.* (Ann. d. Méd. Nr. 4—1930).

Świeże jamy, o ścianach wiotkich, umiejscowione w środkowej okolicy płuca i otoczone mało nacieczoną tkanką płucną dają rokowanie dobre i leczą się same w ciągu kilku miesięcy, nawet tygodni. W tym celu wymagany jest spokój bezwzględny. Środki lecznicze lub odma są niepotrzebne. Chorzy z jamami o ścianach równie miękkich, tworzących się w szczycie lub w okolicy wnęki, śród tkanki płucnej, zmienionej naciekiem dość intensywnym, powinni leżakować 2—3 miesiące. O ile po tym czasie poprawa nie wystąpi należy zastosować odmę. Inne znowu jamy, o ścianach stwardniałych, powstałe u podstawy, o wymiarach dużych, z których wydzielina jest źle odpluwana, mogą ulec zwłóknieniu,

przyczem tkanka sąsiednia przekształca się w rozedmową, zrosty wywołują rozstrzenie oskrzeli. Te przypadki nadają się do leczenia chirurgicznego.

——o——

CHILDREY, ALVAREZ, MANN. *Studja nad trawieniem; jego zależność od składników i warunków odżywczych.* (Arch. of intern. Med. Nr. 3—1930).

Z badań, przeprowadzonych przez autorów nad trawieniem w jelicie cienkiem, wynika, że najlepiej są trawione mięso, ryż, cukier i tłuszcze, konsumowane w małych ilościach. Te produkty odżywcze nadają się dla osób dotkniętych biegunką i do djety przed- i pooperacyjnej u chorych z ciężkiemi zmianami okrężnicy i prostnicy. Niektóre pokarmy zostają lepiej zużytkowane, o ile połączone są z innemi. Np., chleb z mlekiem, surowe jajo z mlekiem lepiej ulegają strawieniu, niż spożyte oddzielnie. Surowe jajo trawi się samo zupełnie źle; zupełnie niestrawna jest surowa mąka. Dodany do pokarmu sok cytrynowy przyśpiesza przejście resztek pokarmowych przez jelito, zmniejszając stopień trawienia. Sok pomarańczowy pozostaje bez wpływu. Cukier mleczny hamuje trawienie pokarmów, przyjętych tego samego i następnego dnia. Dłuższe stosowanie tego cukru podrażnia śluzówkę jelita. Podobnie działają ser i słonina. Mięso, zjedzone w dużych kawałkach, trawi się lepiej, niż drobno posiekane; taksamo ser szwajcarski. Mięso surowe trawi się lepiej, niż gotowane.

Pokarm, przyjmowany jednorazowo w większej ilości, jest lepiej wykorzystany w jelitach , niż posiłki małe, a częste. Możliwe jest, że każde jedzenie pobudza perystaltykę jelit, co przyśpiesza pasaż papki. Wobec tego należałoby nic nie jeść między posiłkami głównemi.

Środki przeczyszczające, jak soda, siarczek baru, upośledzają trawienie. Morfina opóźnia przejście pokarmu przez jelita, nie wpływa na trawienie mięsa gotowanego, zjedzonego tego samego dnia, ale upośledza przyswojenie mięsa w dniu następnym. Wzruszenia psychiczne wpływają na trawienie ujemnie.

TILGER. *Leczenie zaparcia tlenem in statu nascendi.* (Münch. Med. Woch. Nr. 11—1931).

Użycie gazów dla pobudzenia perystaltyki jelit znajduje dotąd małe zastosowanie. Niedawno Glässner zaczął podawać w odpowiednich przypadkach kapsułki żelatynowe, zawierające sodę i kwas winny, które działają dopiero w jelicie cienkiem. Środki te wywołują biegunkę jelita cienkiego. Autor rozpoczął doświadczenia od samego siebie i używał lawatyw ze 100 ccm. 1% ciepłego roztworu wody utlenionej. Wobec szybkiego i skutecznego działania tego roztworu T. przeszedł do stężeń słabszych: 0,75—0,3%. Kał po takiej lawatywie ukazuje się pokryty pianą tlenu. Wobec tego, że środkiem działającym jest gaz, ilość wody może być jeszcze mniejsza, musi tylko zawierać 5 ccm. 3% roztworu, t. j., ilość gazu działającego powinna wynosić 50 ccm. Szczególnym efektem omawianych lawatyw jest uczucie zupełnego wypróżnienia. Pomimo kilkumiesięcznego używania do lawatyw wody utlenionej przyzwyczajenie do tego środka nie występuje. Nie zauważono również ujemnego działania nawet po użyciu 500 ccm. wody do dużej lawatywy.

———o———

ROMBERG. *Leczenie arrhythmia perpetua.* (Ther. d. Gegenw. Nr. 72—1931).

Ważnym wskaźnikiem wydolności pracy serca przy a. p. jest obliczanie skurczów serca i tętna. Deficyt tętna przemawia za niewystarczającą pracą serca. Obok częstości uderzeń serca należy szukać innych oznak jego niedomogi, jak duszność, sinica, zastój wątrobowy i t. p. O ile niema przeciwwskazania dla naparstnicy (zawały, krwotoki do mózgu, przesycenie naparstnicą) najlepsze będą jej duże dawki, wskazane przez Naunyna, Wenckebacha i Romberga. Osobom niżej lat 50-ciu podaje 4—5—6 razy dziennie po 0,1 Pulv. fol. Digit. titr. Jedynie przy nadciśnieniu i u osób starszych wystarczą dawki zwykłe (3 razy po 0,1 gr) lub mniejsze. Z preparatów doustnych najszybciej działa Verodigen, dożylnie stosuje się Digipuratum, 2 razy dziennie po 2 ccm.

Podawanie naparstnicy przy a. p. wymaga troskliwej opieki lekarskiej. Po wystąpieniu poprawy (2—7 dni) przechodzi się do małych słabych dawek, a to w celu utrzymania uzyskanego efektu; tętno nie powinno przekraczać 80 uderzeń na minutę. Czasami dawki małe nie wystarczają, wtedy lepiej jest prowadzić leczenie okresowo dużemi dawkami, przez 2 do 5-ciu dni każdego tygodnia. Strofantyna w injekcjach dożylnych mniej nadaje się do kompensacji serca, ze względu na krótkotrwałe jej działanie.

Po wyrównaniu niedomogi można przejść do chinidyny. Dla przekonania się o tolerancji chorego w stosunku do chinidyny podaje się na

noc 0,2 gr. W braku działań ubocznych od następnego dnia przepisuje się 3 razy dziennie po 0,4 gr. Chinidini puri, w braku poprawy po 0,5 gr., zawsze przed posiłkiem. W razie poprawy odstawiamy chinidynę po 3—8 dniach. Początkowo występuje miarowa tachysystolja przedsionkowa z przyśpieszeniem akcji komor, trwająca jeden dzień, poczem rytm zwalnia się. Poprawa utrzymuje się do 10-ciu miesięcy. W okresie leczenia chinidyną również konieczna jest ścisła kontrola lekarska, gdyż łatwo wystąpić mogą objawy zatrucia: ból głowy,, zawroty, nudności, pokrzywka, a nawet pogorszenie w stanie serca. Najbardziej przeciwwskazane jest zalecenie chinidyny, nawet z naparstnicą, przy niewyrównanej akcji serca. Chinidyna pogarsza te stany przez zmniejszenie pobudliwości mięśnia sercowego, zwolnienie przewodnictwa podniet, wydłużenie pauzy refrakcyjnej. Przeciwwskazana jest w przypadkach niereagujących na naparstnicę.

Z pożytkiem natomiast stosuje się chinidynę dla przerwania napadu a. p. Częstość napadów można zmniejszyć przez stałe podawanie Chinini muriat. 0,1 gr. 3 razy dziennie przed jedzeniem. O ile ostatnia nie pomaga przechodzimy w sposób wyżej opisany do chinidyny.

———o———

SCHOTTMUELLER. *Leczenie niedomogi krążenia.* (Münch. Med. Woch. Nr. 12—1931).

W 100 obserwowanych przypadkach niedomogi krążenia przyczyny cierpienia przedstawiają się następująco: 14% aortitis luetica, 18% wady serca pochodzenia gośćcowego, 42% arterio i nephrosclerosis, 26% otyłość, rozedma płuc, skrzywienie kręgosłupa. Kiła przeważa u mężczyzn, gościec u kobiet.

Leczenie niedomogi wysiłkowej polega na utrzymaniu zdobytej równowagi i zmianie trybu życia. Sch. przestrzega ograniczenia płynów do ¾—1 litra i odtłuszczenia nadmiernie otyłych. Czasami rokowanie zależy od stopnia otyłości. Zdaniem autora, zakażenia ogniskowe nie upośledzają mięśnia sercowego: ich usuwanie jest zbędne. Sądzi, że niedo-

moga serca, występująca w czasie zakażenia gośćcowego, wynika ze zmian w mięśniu, a nie z wady zastawkowej. Zaleca wobec tego pyramidon przez czas długi. Choroby krążenia na tle kiły należy leczyć tylko novarsenobenzolem, bez Hg ,Bi czy J. Kuracje należy powtarzać 3 razy do roku przez 3 lata. Kąpiele kwasowęglowe w uzdrowiskach mają wartość profilaktyczną u chorych skompensowanych. Chorzy niewyrównani powinni korzystać z kąpieli sercowych, jak nazywa leżenie w łóżku. Preparatów naparstnicy nie należy się obawiać jako kumulujących. Sch. stosuje 3 razy dziennie po 20 kropli digitalysatu przez 3 dni, 3 dni 3 razy po 15 kropli, następnie 3 razy po 10 kropli przez czas nieograniczony. W jednym przypadku dawkowanie to trwało przez 10 lat. Przeciwwskazań dla naparstnicy prawie niema.

Najlepszym środkiem w okresie dekompensacji jest 6-cio dniowa kuracja Karella. W przypadkach gorszej resorbcji w górnych odcinkach jelit podaje strofantynę, którą można stosować w przypadkach nagłych. np., przy asthma cardiale, nawet pomimo uprzedniej digitalizacji. Dawki strofantyny: 0,25—0,3 mgr. dz. z 2—3 dniowemi przerwami.

Przy dusznicy bolesnej przepisuje nitroglicerynę (6—8 kropli 1% roztworu alkoholowego), morfinę; profilaktycznie — Calcium-Diuretin. Jod należy usunąć z lecznictwa miażdżycy naczyń, jako bezskuteczny.

Tachyarrhythmia perpetua w okresie dekompensacji leczy się strofantyną, później chinidyną, od 0,2 do 1,0 gr. dziennie. Skutecznie działa stała dawka chinidyny 2 razy po 0,1 gr. i 3 razy po 8 kropli digitalysatu. O ile strofantyna nie wpływa na djurezę, należy się zwrócić do prawie nieszkodliwego salyrganu; następnymi środkami moczopędnemi są tyreoidyna, mocznik. Wstrzykiwania glukozy są zbędne i bezskuteczne.

Przy ostrem osłabieniu serca w przebiegu zakażeń i po operacjach z górującym zespołem porażenia naczyń obwodowych stosuje wstrzykiwania strofantyny w ilości 1 mgr. dziennie.

SCHELLONG. *Kuracja odtłuszczająca w praktyce prywatnej.* (Med. Klin. Nr. 23—1928).

Kierujące zasady kuracji odtłuszczającej polegają na zmniejszeniu dowozu kalorji i większem ich oddawaniu. Metody lecznicze zużycia ciepłostek polegają przedewszystkiem na systematycznych ćwiczeniach cielesnych, kąpielach, kuracjach napotnych; wreszcie próbować można środków, które podnoszą przemianę podstawową. Na podstawie dotychczasowych doświadczeń przyczyny otyłości nie można opierać na zachwianiu czynności samej przysadki lub innego gruczołu dokrewnego, dopatrujemy się w tem dysharmonji w całym układzie dokrewnym.

Najskuteczniejszemi okazały się preparaty tarczycy, a działanie preparatów złożonych polega głównie na zawartości tarczycy. Trudność leczenia tarczycą w praktyce ambulatoryjnej wynika z łatwo powstającej nadczynności tarczycy. Dlatego najważniejszym środkiem przeciw otyłości w praktyce prywatnej jest leczenie djetetyczne. Główne więc wytyczne djety odtłuszczającej polegają na zmniejszeniu podaży kalorycznej i wykorzystaniu swoistodynamicznego działania składników odżywczych. Ostatniemu najlepiej czyni zadość białko (mięso), gdy tłuszcze i węglowodany pozostają bez efektu.

Szczególnie ważne jest ograniczenie ilości płynów, gdyż tkanki osób otyłych chętnie zatrzymują wodę. Środki moczopędne mogą zredukować wagę w ciągu kilku dni. Autor stosował w tym celu Diuretin (Knoll) w dawce 0,5 do 1,0 gr. 3 razy dziennie. Diuretin podawać można przez 10 do 14 dni. Pozatem środek ten dzięki swoistemu smakowi obniża łaknienie, co również jest pożądane podczas przeprowadzania kuracji odtłuszczającej.

———o———

SCHNEIDER. *Doświadczenia z Afenilem.* (Zentrbl. f. Gynäk. Nr. 24—1927).

Autor poszedł za nowemi zdobyczami dożylnego leczenia wapniem zapaleń przydadków i uzyskał potwierdzenie dotychczasowych dodatnich wyników. Energiczna kuracja afenilowa, w przeciwieństwie do doustnego podawania wapnia, przerywa przykrą w skutkach zależność pomiędzy odnawianiem się ognisk zapalnych i zapalnem podrażnieniem śluzówki macicy (Krwawienia miesięczne i maciczne). Ognisko zapalne zostaje pod wpływem afenilu ograniczone, krwawienia ustępują. Zamiast dużych torbieli zapalnych około jajowodów tworzą się krótkie pasemka zrostowe; wtedy może być rozpoczęte leczenie diatermją.

Dodatek wapnia jest niezbędny dla uniknięcia skutków nadmiernego gromadzenia się jonów potasu w surowicy krwi.

Dalszą dziedziną stosowania afenilu są zatrucia ciążowe. Prócz nadmiernych wymiotów pierwszego okresu ciąży, autor leczył rzadko spotykany zespół dychawicy oskrzelowej na tle ciąży. Dotyczyło to chorej prawie umierającej, skierowanej do szpitala w celu operacji struma retrosternalis i dla usunięcia płodu. Wobec tego, że prześwietlenie promieniami Rentgena nie potwierdziło obecności wola, Sch. przeprowadził leczenie afenilem, które usunęło objawy dychawicy tak, że chora po 4-ch tygodniach urodziła do czasu, a poród odbył się bez żadnych powikłań.

———o———

KOMUNIKATY:

Prof. Dr. Storm van Leeuwen prosi o podanie do wiadomości pp. Kolegów, iż w dniach 26 — 28 maja r. b. odbędzie się w języku niemieckim kurs dla lekarzy p. t. „Diagnostyka i terapia chorób allergicznych" w Farmako-terapeutycznym Instytucie Uniwersytetu w Leiden (Hollandja).

Wykładać będą: Prof. Storm van Leeuwen, van Niekerk (Leiden), Prof. Dr. Rost (Freiburg) i Dr. Ookker (Wald).

Program na żądanie.

DOBRY PRZEDSEZON W KARLSBADZIE.

Karlsbad, uzdrowisko światowej sławy, cieszy się wielkiem powodzeniem już w okresie przedsezonowym. Przybywają kuracjusze ze wszystkich krajów i przy zdroju, przy kolonadach oraz na promenadzie wre już teraz w godzinach picia wód życie w całej pełni. Czyste, dobrze pielęgnowane drogi lasów karlsbadzkich lśnią się jak żółte wstęgi na tle odradzającej się zielonością drzew i piękna, pełna kolorytu wiosna otacza pierścieniem to pełne uroku miasto. Wielkie hotele, domy zdrojowe i kawiarnie w ogródkach otworzyły już swe gościnne podwoje i wszystko jest już przygotowane na przyjęcie najbardziej wymagającego gościa. Niedługo, bo już 1 maja, dorocznym zwyczajem nastąpi poświęcenie źródeł i tem samem oficjalne otwarcie tegorocznego sezonu w Karlsbadzie. Ale już teraz wykazuje Karlsbad, że słusznie nosi nazwę „Rendez vous międzynarodowego towarzystwa" i należy się spodziewać, że i w tym roku tysiące ludzi znajdą w uroczym Karlsbadzie to, czego szukają, a mianowicie: odpoczynek, uzdrowienie, rozrywki i towarzystwo.

KARLSBADZKA KURACJA DLA ŚREDNIO-ZAMOŻNYCH SFER.

Stowarzyszenie kuracyjno-komunikacyjne w Karlsbadzie przy pomocy Rady Miasta powołało do życia akcję, która szczególnie w czasach obecnych znalazła oddźwięk. Akcja ta powstała, celem umożliwienia kuracji średnio-zamożnym sferom społeczeństwa. Za ustaloną łączną sumę Kc. 2.000.—lub Mk. niem. 250.—lub austr. Sh. 420.—(można wpłacać częściowo) otrzymuje kuracjusz 21-dniowy pobyt w Karlsbadzie. (Mieszkanie i utrzymanie w dobrym hotelu lub domu uzdrowiskowym, pomoc lekarską, kąpiele według przepisu lekarza, kartę kuracyjną, podatki miejskie, przejazd z dworca i zpowrotem — włączając).

Bliższych informacji udziela: Kur- und Verkehrsverein, Karlsbad, Marktplatz.

TREŚĆ:

REDAKTOR NACZELNY:
Dr. Med. Aleksander Krasuski

ADRES REDAKCJI:
Nowowiejska 25 m. 2 tel. 8-12-82.

WYDAWCA:
Mr. Farm. Zygmunt Sander

ADRES ADMINISTRACJI:
Złota 49 m. 2, tel. 711-55

Konto P. K. O. 19.175

Druk. „Antiqua" St. Szulc i S-ka ul. Kacza 7, tel. 504-91.

Drukarnia „Antiqua" St. Szulc i S-ka, Kacza 7. Tel. 504-91.